

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

367

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pierre SCHWARCZ

Né le 19 avril 1908, à Nyírbogdány (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 1945

**Contribution à l'étude
du
Gliome de la Rétine**

Président : M. H. VELTER, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nom du Candidat : **SCHWARCZ.**

Prénom : **Pierre.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

2

SCHWARCZ (Pierre). — Contribution à l'étude du Gliome de la Rétine. — Paris, Maloine, édit., 1945, in-8°, 36 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1945,
N°.....)

SCHWARCZ (Pierre). — Contribution à l'étude du Gliome de la Rétine. — Paris, Maloine, édit., 1945, in-8°, 36 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1945,
N°.....)

4

SCHWARCZ (Pierre). — Contribution à l'étude du Gliome de la Rétine. — Paris, Maloine, édit., 1945, in-8°, 36 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1945,
N°.....)

SCHWARCZ (Pierre). — Contribution à l'étude du Gliome de la Rétine. — Paris, Maloine, édit., 1945, in-8°, 36 p.

(Th. méd. (Et.), Paris, 1945,
N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Pierre SCHWARCZ

Né le 19 avril 1908, à Nyirbogdány (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 1945

**Contribution à l'étude
du
Gliome de la Rétine**

Président : M. H. VELTER, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1945

DOYENS HONORAIRES

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Cunéo, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN

ASSESEUR..... Léon BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX,
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie.....	GASTINEL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie.....	DONZÉLOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique.....	MATHIEU.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
	ABRAMI.
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique.....	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie.....	VINCENT (Cl)
	LANTUÉJOUL.
Cliniques obstétricales.....	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER
Clinique urologique.....	N..
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie.....	CHAMPY

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	JUSTIN-BESANÇON
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie expérimentale et comparée.....	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie.....	BINET (Léon).
Physique médicale.....	STROHL.
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET.
Thérapeutique.....	AUBERTIN

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), GIROUD (Histologie), JAYLE M. (Chimie médicale), LAROCHE G. (Médecine générale), OLIVIER (Anatomie) VERNE (Histologie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie.....	CORDIER.		GARCIN.
	N...		DE GENNES.
	DELARUE.		HAGUENAU.
Anatomie pathologique	M ^{lle} GAUTHIER.		LELONG.
	VILLARS	Médecine générale.....	LENÈGRE.
Bactériologie.....	BONNET.		MARCHAL.
Chimie médicale.....	N...		MOLLARET.
	AMELINE		MOUQUIN.
	FÈVRE.		SOULIÉ.
	FUNCK-BRENTANO	Médecine légale.....	DESOILLE
	MÉNÉGAUX.		DIGONNET.
Chirurgie générale...	PATEL.		LACOMME.
	SICARD.	Obstétrique.....	SUREAU.
	N...		N...
	N...	Ophthalmologie.....	RENARD.
	N...	Oto-rhino-laryngologie.	HALPHEN.
Histologie.....	BULLIARD.	Parasitologie.....	LAVIER.
Hydrologie.....	N...	Parasitologie coloniale.	N...
Hygiène.....	N...	Pathologie expériment.	LEMAIRE.
	BARIÉTY.	Pharmacologie.....	M ^{lle} J.-LÉVY
	BERNARD (Ét.).		N...
	BOULIN.		RICHT
Médecine générale....	BROUET.	Physiologie.....	N...
	CACHERA.	Physiologie médicale...	DESGREZ (H.).
	COSIE.	Thérapeutique.....	TURPIN.
	DELAY.	Urologie.....	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Chirurgie générale), HUGUENIN (Anatomie pathologique),
LORIER (Obstétrique), PIÉDELIEVRE (Médecine légale), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale...	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHÉ Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale...	ECALLE.	Clinique urologique..	FEY.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture.....	N...	Stomatologie.....	DECHAUME
Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD		

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	A. HAHN.
Bibliothécaires.....	M ^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER
Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de pré-
sider cette thèse.*

En hommage et remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL KALT

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris
Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
En remerciement pour les conseils si éclairés
qu'il nous a toujours prodigués, et en témoignage
de notre profond attachement.*

A MADAME LE DOCTEUR SCHIFF-WERTHEIMER

Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

*Dans le service de qui nous avons reçu des
directives si profitables.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU GLIOME DE LA RÉTINE

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé d'étudier à la lumière des « gliomes de la rétine » infantile observés à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts depuis 1924 jusqu'à nos jours :

la fréquence des différents types histologiques,
leur malignité respective (récidive locale, métastases),
leur comportement vis-à-vis des différents traitements proposés aujourd'hui (radium et roentgenthérapie).

Nous diviserons cette étude en trois chapitres :

- 1^o Résumé d'anatomie pathologique ;
 - 2^o Observations ;
 - 3^o Conclusion.
-

CHAPITRE PREMIER

RÉSUMÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le terme de gliome de la rétine est impropre si on l'applique à des tumeurs malignes de la rétine infantile.

Qu'est-ce donc qu'un gliome tel qu'on le retrouve dans le cerveau et les nerfs et d'une façon tout à fait exceptionnelle dans la rétine de l'adulte ?

Suivant la prédominance de telle ou telle variété de cellules on les range en :

1^o *Astrocytomes* (fibrillaires ou afibrillaires) ;

2^o *Oligodendrocytomes* ;

3^o *Glioblastomes*.

1^o Les *astrocytomes* sont des tumeurs bénignes et d'autant plus bénignes que leur fibrogliose est plus abondante. Leurs conséquences cliniques graves viennent de leur situation topographique ;

2^o Les *oligodendrocytomes* sont des tumeurs bénignes et rares ;

3^o Les *glioblastomes* sont des tumeurs malignes, envahissantes, composées de cellules embryologiquement jeunes, présentant un grand nombre de caryocinèses. Deux autres particularités les caractérisent encore :

a) les pseudo-rosettes de dégénérescences ;

b) les cellules géantes.

Pour être complet, nous citerons encore les :

Neurinomes ou gliomes périphériques, composées de cellules allongées (disposées parallèlement en longs, faisceaux ou en tourbillons). Ce sont des tumeurs bénignes, fréquentes et ubiquitaires, nées d'un tronc ou d'un filet nerveux minuscule, parfois multiples et disséminées, comme dans la maladie de

Recklinghausen. On les retrouve assez fréquemment dans les paupières (névromes plexiformes).

L'existence de telles tumeurs dans la rétine est extrêmement rare ; pour notre part nous n'en avons trouvé qu'une seule observation due à M. Ch. Dejean (de Montpellier). Il s'agissait d'une astrocytome de la rétine chez un homme de 67 ans. Après l'énucléation on n'a constaté ni métastases, ni récidives (Ch. Dejean, in *Archives d'Ophthalmologie*, mai 1934), c'était un vrai gliome, construit avec des astrocytes du type névroglie adulte, c'est-à-dire parfaitement différencié, n'ayant « aucun trait de ressemblance avec les soi-disant gliomes de l'œil infantile » composés de cellules indifférenciées. Distinction capitale, car si le pronostic tellement redoutable du « gliome de la rétine » est en train de se modifier grâce à la radiothérapie, nous le devons surtout aux études histologiques de ces dernières années qui ont montré que « la structure des cancers de la rétine, telle qu'elle apparaît, d'après les recherches récentes, est celle d'une tumeur composée par des cellules jeunes, du type embryonnaire, avec un indice cytodierétique très élevé, avec un grand nombre de cellules en division. Or, nous savons que plus une cellule est jeune et plus elle se divise, plus elle est sensible aux rayons » (Dr J. Mawas, *Traité d'Ophthalmologie*, t. V, p. 637).

C'est Virchow qui, le premier en 1867, prononça le nom de gliome pour désigner des tumeurs rétiniennes. Ensuite d'autres noms ont été donnés par différents auteurs (Sarcome, gliosarcome, fibrogliome, neuro-épithélioma retinae, mais malgré les apparences, c'est autour de deux propositions fondamentales que les débats se sont cristallisés, à savoir : faut-il ranger les tumeurs de la rétine dans le groupe des sarcomes (c'est-à-dire leur assigner une origine mésodermique) ou les classer parmi les gliomes (et les considérer d'origine nerveuse) (Dr Mawas).

En faveur de l'origine sarcomateuse on invoque l'aspect morphologique de la cellule morbide, ses rapports avec les vaisseaux et l'aspect périthélial qui en découle et enfin son évolution maligne.

Pour prouver la nature gliomateuse des tumeurs de la rétine on invoque surtout le fait d'avoir trouvé de la névroglie dans ces tumeurs (résultats obtenus par les méthodes argentiques

de Golgi et de Cajal). Argument assez faible si on pense qu'il s'agit, dans le cas de la rétine, de cellules nerveuses et la présence de la névroglie y est tout à fait naturelle. D'autre part, si on accepte que les stéphanocytes sont des cellules visuelles jeunes, il est impossible, d'appeler les tumeurs rétinienues les renfermant des gliomes. Il serait, en effet, difficile d'expliquer l'évolution paradoxale d'une cellule névroglieue en cellule visuelle.

La clinique aussi apporte des arguments en faveur de l'abandon du terme de « gliome de la rétine ». A ce propos nous nous permettons de dresser ce petit tableau comparatif entre les gliomes du système nerveux central et des nerfs périphériques d'une part et les cancers de la rétine d'autre part.

Cancers de la rétine	Gliomes du système nerveux central et périphérique
Tumeurs malignes	Tumeurs bénignes dangereuses uniquement par leur siège.
Se généralisant.....	Ne se généralisant jamais.
Apparaissent exceptionnellement au-dessus de 4-5 ans.....	Apparaissent chez l'adulte ou le vieillard.

D'après les travaux du Dr Mawas (1922-1925) : « Toutes les tumeurs malignes de la rétine sont d'origine nerveuse et ont une signification épithéliale. Aucune n'a la structure du sarcome, aucune non plus n'a la structure du gliome tel qu'on le décrit dans le système nerveux central ».

Donc ni le terme de gliome, ni le terme de sarcome n'est exact pour désigner les tumeurs malignes de la rétine.

Suivant leur structure le Dr J. Mawas les classe de la façon suivante :

1^o *Rétinoblastomes*, tumeurs sans aucune différenciation, composées par des cellules de type embryonnaire, comparables aux spongioblastes primitifs du cerveau, les rétinoblastes. Les rétinoblastes sont des cellules rondes ou ovalaires, ne deviennent jamais fusiformes ou prismatiques ; ont un protoplasme réduit à une mince couche transparente, et un noyau régulièrement ovalaire, rarement incisé.

2^o *Rétinocytomes*, tumeurs simples, avec différenciation de

cellules visuelles jeunes et formation de rosettes ou stéphanocytes. Les stéphanocytes sont les produits d'évolution des rétinocytes qui après s'être divisées un certain nombre de fois, se groupent d'une façon caractéristique : elles se mettent en rond. Pendant cette évolution, la cellule de ronde qu'elle était devient cylindrique et haute. Ainsi évoluée la cellule présente une partie basale contenant le noyau, une partie moyenne plus ou moins granuleuse et une partie apicale.

3^o *Rétinomes ou rétino-épithéliomes* : tumeurs complexes à différenciations multiples, nerveuse, visuelle, névroglie, pigmentaire, glandulaire avec ou sans formations exoplastiques (corps vitré).

La distinction entre ces différents types histologiques est extrêmement importante, d'après le Dr J. Mawas, car dans le cas d'un rétinoblastome, nous sommes en présence d'une tumeur maligne, dont l'indice cytodierétique est très élevé (2-3 % environ, par suite du rapport nucléo-plasmique très élevé), et qui doit être sensible aux rayons X ou au radium. Et de fait, c'est bien cette Variété qui récidive le plus dans l'orbite, se propage au cerveau et tue inexorablement au bout d'un temps plus ou moins long. D'ailleurs un fait de première importance est hors de conteste, à savoir :

les récidives et les métastases ne présentent jamais de stéphanocytes (rosettes).

A l'appui de cette thèse, le Dr J. Mawas cite 53 cas de tumeurs rétiniennes, observées à la Fondation ophtalmologique de Rothschild, aux Quinze-Vingts, dans le Service du Dr Poulard aux Enfants-Malades et diagnostiquées gliomes. Huit cas de chorio-rétinites hémorragiques ayant été éliminées, sur les 45 cas restants le diagnostic différentiel n'a pu être fait que dans 28 cas seulement, les autres étant insuffisamment fixés.

Sur ces 28 tumeurs il y eut :

1^o 15 rétinoblastomes ;

2^o 13 rétinocytomes.

Dans le premier groupe, dix seulement ont pu être suivis. Tous ont présenté des récidives, puis des métastases et sont tous morts.

Dans le second groupe, huit cas ont pu être suivis, dont quelques-uns pendant dix, six ou trois ans... Un seul est mort de généralisation (Dr J. Malwas. Les cancers de la rétine optique in *Bulletin et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie*, séance du mercredi 14 mai 1924).

CHAPITRE DEUXIÈME

OBSERVATIONS

Nous donnerons un très bref résumé de quelques observations, tirées des *Archives de la Clinique Ophtalmologique des Quinze-Vingts* ; d'autres, intéressantes à titres divers recevront un développement aussi large que possible. Parmi ces dernières se trouvent les observations que notre Maître le D^r M. Kalt a bien voulu mettre à notre disposition ; qu'il nous soit permis encore ici de le remercier très vivement. Nous terminerons ce chapitre par la très belle communication faite par MM. les D^{rs} Begué, Le Goff et A. Lehman à la Société ophtalmologique de Paris, le 19 juin 1943, que nous nous excusons d'avoir citée presque textuellement.

Observation N° 1 (15.926, série I).

T... Pierre, 3 ans.

Œil droit : rétinocytome à stéphanocytes.

Diagnostic le 7 décembre 1927 (œil de chat amaurotique).

Enucléation le 17 janvier 1930. Suites normales.

Observation N° 2 (36.457, série I).

R... Hugüette, 8 mois.

Œil droit : rétinocytome à rosettes.

Diagnostic le 29 novembre 1928 (début 4-5 semaines auparavant).

Enucléation le 30 novembre 1928. Revue la dernière fois, le 4 janvier 1930 (14 mois après le début), n'a présenté ni récurrence locale, ni métastases.

Observation N° 3 (09.908, série K).

W... François, 3 ans.

Œil gauche : rétinocytome.

Diagnostic le 18 août 1936 (masse blanche, trilobée, saillante dans le corps vitré), 3 mois auparavant la mère de l'enfant aurait remarqué un reflet blanchâtre de la pupille.

Enucléation le 4 septembre 1936.

L'enfant surveillé régulièrement ne présentait rien d'anormal jusqu'au 17 avril 1937. A cette date, on a remarqué dans la moitié externe du cul-de-sac inférieur un nodule du volume d'un grand pois perceptible à la palpation, semblant se continuer vers le plancher orbitaire.

L'enfant envoyé à l'Institut P.-Curie est soumis à la Radium-thérapie (curiepuncture), puis application d'un appareil radifère. — Nous le perdons de vue et apprenons seulement sa mort le 19 novembre 1937.

Observation N° 4 (59.712, série K).

F... Jeanine, 3 ans.

Œil droit : rétinocytome à stéphanocytes.

Diagnostic le 22 novembre 1938 (reflet blanchâtre pupillaire, pas de photoréaction). F. O. : masse blanche, trilobée.

Enucléation le 9 décembre 1938. Aucun traitement. Revue la dernière fois le 7 novembre 1944 (6 ans après le début). A cette date, ni récurrence locale, ni métastases.

Observation N° 5 (08.400, série L).

L... Georges, 1 an.

Œil droit : rétinocytome à rosettes.

Diagnostic le 18 août 1941 (reflet pupillaire blanchâtre, remarqué par l'entourage de l'enfant, 3 mois auparavant).

Enucléation le 21 août 1941. Aucun traitement. Revu la dernière fois, le 21 juin 1943 (22 mois après le diagnostic), ne présentait ni récurrence locale, ni métastases.

Observation N° 6.

Un cas de gliome de la rétine traité et guéri par les « Rayons X ».

(Communication faite à la Société d'Ophtalmologie de Paris, le 19 juin 1943, par les D^{rs} BEGUÉ, LE GOFF et A. LEHMANN.)

La petite Jacqueline C..., que les auteurs présentent, est âgée de 5 ans 1/2 ; elle est en parfaite santé.

A gauche, elle porte une prothèse, à droite, l'œil semble normal et pourtant examiné à l'ophtalmoscope cet œil (O. D.) montre : au-dessus de la papille du côté interne, une large plaque de chorio-

rétinite cicatricielle, centrée sur trois groupes de petits points blancs brillants, nacrés.

C'est là toute l'histoire de cette petite fille : gliome de l'œil gauche ayant nécessité l'énucléation. Gliome de l'œil droit traité et guéri par les rayons X ».

Voici, en résumé, son observation :

A l'âge de 13 mois, le 5 octobre 1938, la petite Jacqueline est conduite à la consultation par ses parents parce que pendant les vacances, ceux-ci ont remarqué que l'œil gauche de l'enfant n'était pas comme l'œil droit.

L'examen oculaire révélait aussitôt l'existence d'un gliome remplissant presque entièrement la coque oculaire gauche.

Il n'y avait pas de reflets de la pupille, mais la masse blanchâtre, cotonneuse, avec ses vaisseaux pouvait être perçue avec un peu d'attention au simple examen direct.

L'iris était normal. Il n'y avait pas de tension oculaire au doigt.

L'œil droit était absolument sain et même à un examen très attentif, ne présentait aucune altération du fond d'œil.

L'enfant, unique, de constitution florissante, née à terme, de parents parfaitement sains.

Aucun antécédent gliomateux dans la famille (grand-mère maternelle décédée d'un cancer de l'estomac).

Le diagnostic confirmé par le Dr Mawas, l'énucléation est pratiquée le 8 octobre 1938.

Suites absolument normales.

Voici, en l'absence du compte rendu histologique de l'époque resté dans les *Archives de la Fondation Rothschild*, le résultat de l'examen des coupes fait par le Dr G. Offret :

« L'examen du globe oculaire montre la présence d'une tumeur qui végète dans le vitré, développée surtout dans le voisinage du pôle postérieur du globe. La présence d'images en rosettes permet de porter le diagnostic de rétinocytome à stéphanocytes ».

De plus, des coupes faites en série sur une longueur de plus de un centimètre sur le nerf optique ont montré qu'il n'y avait aucun envahissement de ce nerf, donc il était possible, à ce moment, de porter un bon pronostic.

L'enfant continue à être examinée, par prudence, toutes les trois semaines.

Le 14 décembre, l'examen de l'œil droit révèle au-dessus de la papille, du côté interne, une petite masse blanchâtre, faisant saillie au-dessus d'elle et s'étendant en décroissant vers la périphérie de la rétine.

Sans doute, il y avait là un second gliome de formation très récente, puisqu'en novembre encore le fond d'œil était parfaitement normal.

Le diagnostic est confirmé par le Professeur Terrien et les D^{rs} H. La-grange et Mawas.

Les médecins de l'Institut Curie, à qui l'enfant fut adressée ne voulurent pas se charger du traitement qu'ils estimaient devoir être non seulement inopérant, mais nocif.

Cependant, persuadés avec le D^r Mawas de la radiosensibilité du gliome (la structure des cancers de la rétine, a écrit le D^r Mawas, est celle d'une tumeur composée par des cellules jeunes, du type embryonnaire avec un indice cytodictyrique très élevé, c'est-à-dire avec un grand nombre de cellules en division. Or, nous savons que plus une cellule est jeune et plus elle se divise, plus elle est sensible aux rayons. Il est donc logique d'utiliser ces puissants moyens de thérapeutique), l'un des auteurs proposa une tactique qu'il pratique depuis une vingtaine d'années sur des tumeurs analogues : tumeurs de sensibilité imprécise, incluses dans des organes sensibles ou avoisinantes et dont les voies d'accès chirurgicales doivent être respectées.

Cette tactique inédite, comporte trois temps d'irradiations :

1^o Série d'épreuves à faibles doses permettant d'apprécier la sensibilité de la tumeur ;

2^o En cas d'effet positif, séries d'attaques à doses modérées effectuées de façon à obtenir une certaine action tout en réservant les possibilités chirurgicales ;

3^o S'il y a lieu, séries à doses fortes utilisées par les classiques (elles impliquent souvent des lésions secondaires importantes et en général l'inopérabilité ultérieure).

C'est ce traitement qui fut entrepris au Laboratoire Départemental de Radiologie.

Du 2 février 1939 au 21 février 1939, l'enfant reçut, par doses progressives, en 9 séances, sur trois champs : antérieur, latéral droit, latéral gauche (très larges) un total de 810 r. de radiations émises sous 150 kw, filtrées par 5/10 de mm. de Cu, distance focale 42 cm. (champ antér. 200) latéral droit : 340 r. ; latéral gauche : 390 r.

Le 15 mars, vers la limite de l'effet de cette irradiation, l'aspect de la tumeur ne s'était guère modifié, mais fait capital, elle n'avait certainement pas cru et paraissait même un peu moins proéminente.

En conséquence, on décida une série d'attaque, à effectuer après un certain intervalle pour laisser dissiper la légère radiophylaxie acquise par l'irradiation.

Du 11 avril 1939 au 29 avril 1939, on applique par doses progressives en 9 séances sur deux champs (antérieur et latéral droit) un total de 1.640 r. de rayons émis sous 200 kw, filtrés par 10/10^e de mm. de Cu à 30 cm. de distance focale (945 r. sur le champ ant., 795 r. sur le champ latéral).

Malgré cette quantité peu importante de radiations, l'effet de cette série fut définitif.

Vers le 20 mai, il persiste une légère réaction conjonctivale, la tumeur a notablement diminué et à la périphérie on note une zone de chorio-rétinite qui va par la suite s'accroître à mesure que la tumeur décroît et c'est en plein processus de régression que l'enfant part en juillet à la campagne se reposer.

L'enfant n'est revue, par suite de la guerre, qu'en 1943. Elle est en parfaite santé, joue comme un enfant de son âge, ramasse sans aucune difficulté des épingles, des aiguilles, que ses parents jettent intentionnellement par terre pour s'assurer de sa bonne vision.

À l'examen, la rétine est normale, en dehors d'une large plaque de chorio-rétinite cicatricielle centrée sur 3 groupes de points blancs, brillants, correspondant à l'emplacement de la tumeur.

Comme cette image n'a pas changé depuis (à noter simplement quelques opacités cristalliniennes apparues en 1942 et qui ne se modifient pas depuis), les auteurs estiment qu'ils peuvent parler sans crainte de guérison et que ce résultat doit être définitif.

Observation N° 7 (73.860, série L).

(Observation due au Dr GUILLAUMAT. Quinze-Vingts.)

H... Claudine, âgée de 4 mois.

Première consultation le :

8 mars 1944 : Gliome bilatéral de la rétine, constaté fortuitement 15 jours auparavant.

O. D. : reflet d'œil de chat amaurotique, pupille dilatée, mobile ; œil rempli par le gliome.

O. G. : gliome latéral interne, sur secteur nasal de la rétine, bons réflexes pupillaires.

Le jour même, on pratique l'énucléation de l'œil droit sous-anesthésie au Schleich :

Nerf optique coupé à 6 mm. du globe, se montre indemne ; coque sclérale non perforée ; la pièce mise dans le Bonin, après ponction de la sclérotique, est envoyée au laboratoire, dont la réponse est nette :

Rétinocytome (quelques rosettes).

L'enfant est immédiatement envoyé au Dr Dulac à l'Institut de Radium pour y subir la radiothérapie.

9 mai 1944 : sous l'influence des rayons, le gliome de l'œil gauche a fondu notablement, s'aplatissant ; le vitré paraît plus dégagé et la vision est meilleure. Le traitement a dû être pourtant interrompu

vers le 20 avril, par suite d'une diminution considérable des polynucléaires :

Globules rouges.....	4.330.000
Globules blancs.....	7.000

dont :

Polynucléaires	25,5 %
Lymphocytes	24,5 %

23 juin 1944 (pas de rayons depuis le 20 avril) ; tout le secteur nasal est encore occupé par la masse, qui semble notablement aplatie. La formule leucocytaire présentant une amélioration, on reprend l'application des rayons.

17 juillet 1944 ; légère anémie.

Globules blancs.....	6.000
Polynucléaires neutr.....	52 %
— baso.....	2 %
Grands mono	6 %
Moyens —	10 %
Lymphocytes.....	30 %
Globules rouges.....	3.740.000

O. G. Grosse amélioration, secteur nasal dégagé, il reste un fragment tumoral supéro-interne.

La petite voit bien, s'intéresse à ce qui l'entoure, mais l'existence de mouvements pendulaires, le défaut de fixation oculaire laisse penser que la vision centrale est touchée.

11 septembre 1944 : O. D. : prothèse bien supportée.

O. G. : fond d'œil : semble persister seulement une petite plage dans la partie nasale inférieure.

La formule sanguine et la numération montrent une anémie notable, avec augmentation des éléments blancs.

Globules rouges.....	2.820.000
Globules blancs.....	9.000
Polynucléaires neutro.....	62 %
— baso	5 %
Grands mono.....	6 %
Moyens —	22 %
Lymphocytes	5 %

8 novembre 1944 : par suite des troubles sanguins, l'enfant n'a pas reçu de rayons depuis 3 mois ; de ce point de vue, amélioration nette :

Globules rouges.....	4.360.000
— blancs.....	5.000

2 février 1945 : O. D. : prothèse bien supportée.

O. G. : Le gliome a beaucoup diminué. Ce n'est qu'une masse blanche, fragmentée visible au niveau du secteur nasal sous forme de taches séparées, à contour polycyclique peu saillantes, sauf à l'extrême périphérie.

L'enfant est de nouveau envoyé au Dr Dulac.

Observation N° 8 (04.491, série L).

Le petit B... Georges, âgé de 5 mois, est amené dans le Service du Dr M. Kalt, le 16 juin 1941. Le diagnostic de gliome de la rétine de l'œil droit est porté et l'énucléation décidée.

Voici le compte rendu opératoire :

15 juillet 1941 : énucléation *œil droit*. Anesthésie faite par injection rétrobulbaire de 1/2 cm³ de novocaïne à 2 %.

Sclérotique très amincie macroscopiquement. Le tissu orbitaire paraît envahi du côté nasal ?

L'examen histologique pratiqué quelques jours plus tard précise qu'il s'agit d'une *rétinocytome à rosettes*.

Coupe du nerf optique normal.

Suites opératoires normales.

18 juillet 1941 : l'examen de l'œil gauche provoque quelques inquiétudes ; le confrère qui examine l'enfant note sur sa fiche :

O. G. F. O. : rien du côté nasal, ni supérieur, ni inférieur de la papille, côté temporal, il semble qu'on aperçoit une zone nacrée de un diamètre papillaire. Heureusement, les examens ultérieurs lèvent tous les doutes et l'état de l'œil gauche jusqu'à la date du 26 décembre 1944, date à laquelle l'enfant a été vu la dernière fois, n'a présenté rien d'anormal. L'état de la cavité droite est également satisfaisant, notamment : l'enfant supporte bien sa prothèse, pas d'induration du moignon ; à la palpation, on ne remarque aucun noyau suspect dans la cavité. Il n'y a qu'une légère sécrétion de la cavité, persistante, il est vrai, malgré le nettoyage soigneux au mercurochrome.

L'état général de l'enfant est également satisfaisant : l'enfant augmente régulièrement de poids et continue à bien voir de son œil gauche.

L'enfant n'est soumis à aucun traitement physique, mais est suivi régulièrement. Il n'y a rien d'anormal à signaler jusqu'au 6 mai 1944.

6 mai 1944 : on note quelques signes inquiétants, qui font craindre des métastases. En effet, l'enfant a des céphalées depuis 8 jours et on constate quelques signes neurologiques ;

Photophobie, légère exagération des réflexes plus marquée à droite. Ebauche de Babinski à droite (inconstant), hypotonie musculaire. Signe de Kernig négatif, mais 7 mois plus tard.

26 décembre 1944 : on ne note qu'une légère conjonctivité cavitaire à l'œil droit. Pas de récurrence orbitaire : à l'œil gauche, rien à signaler.

Observation N° 9 (92.570, série K).

B... Ginette, âgée de 6 mois, est amenée à la consultation du Dr Kalt.

24 octobre 1940 : parce que son œil gauche est distendu, distension constatée après la naissance.

Comme *antécédents personnels*, on ne trouve qu'une diarrhée infantile en août 1940.

Antécédents collatéraux : une sœur jumelle décédée à l'âge de 1 mois.

A l'examen, on trouve :

O. D. : pupille normale, réflexes pupillaires normaux, tension normale. F. O. paraît normal.

O. G. globe distendu, pupille rétrécie, iris hyperémié T + 2.

F. O. paraît normal. On prescrit la pilocarpine en instillation deux fois par jour.

14 novembre 1940 : la tension ne baisse pas, malgré la pilocarpine, une intervention décompressive paraît nécessaire.

20 novembre 1940 : une sclérectomie avec iridectomie est pratiquée.

7 décembre : la tension a notablement baissé, mais on constate à l'endroit de la sclérectomie une distension en boule de la conjonctive.

Dans les jours suivants, cette distension augmente et de plus le corps vitré paraît organisé dans la profondeur. L'énucléation paraît inévitable.

5 février 1941 : l'énucléation est pratiquée, à l'examen macroscopique on constate que la cavité du corps vitré est remplie par une tumeur mollassse, blanche, adhérente en arrière, choroïde non envahie, chambre antérieure envahie, il s'agit d'un gliome.

L'enfant est suivie ; rien d'anormal ni à l'œil droit ni à l'œil gauche jusqu'au :

24 juin 1941 : O. D. ne présente toujours aucun symptôme inquiétant ; à l'œil gauche par contre, on trouve une *récidive orbitaire* : nodule du volume d'un haricot sur le plancher orbitaire, dans son 1/3 antérieur, palpable à travers la paupière inférieure. L'enfant est envoyée au Professeur Roussy, qui déconseille la radiothérapie par crainte d'une propagation centrale.

La radiothérapie est faite ailleurs et l'enfant est revue la dernière fois :

22 juillet 1941 : à ce moment elle présentait à l'œil gauche une tuméfaction palpébrale du volume d'une amande ; une adénopathie préauriculaire gauche du volume d'une noix.

Observation N° 10 (00357, série L).

P... Christiane, 4 ans 1/2,

Œil droit : rétinoblastome.

Diagnostic le 4 avril 1941 : reflet blanc dans l'aire pupillaire (la mère s'en est aperçue 4 mois auparavant).

Enucléation le 8 mai 1941. *Aucun traitement*. L'enfant vue la dernière fois, le 1^{er} novembre 1943, ne présentait ni récurrence locale, ni métastases.

Observation N° 11 (78.196, série I)

F... Denise, 2 ans.

Œil droit : « gliome de la rétine ».

Diagnostic, début d'octobre 1930 (début réel impossible à préciser).

Après énucléation, l'examen macroscopique montre, que toute la moitié postérieure du globe est occupée par la tumeur, le nerf optique ne paraît pas épaissi ; l'examen histologique précise qu'il s'agit d'un *rétinoblastome*. Récurrence orbitaire le 6 mai 1931. On intervient : exentération orbitaire. Conservation des paupières. Le néoplasme orbitaire est contenu dans l'entonnoir musculaire. La pression orbitaire fait saillir au dehors du liquide blanc. Périoste orbitaire non envahi.

22 mai 1931 : l'enfant est envoyée à l'hôpital Pasteur. Mise en place dans l'orbite d'un appareil contenant 6 *aiguilles radifères* (un milligr. de radium par aiguille), laissé en place pendant 8 jours.

30 mai 1931 : application d'un appareil de surface sur les paupières, laissé en place 77 heures.

9 juillet 1931 : dermite des paupières. Parois orbitaires grises, sécrétantes. Morte au mois de novembre 1931, sans récurrence orbitaire par affaiblissement progressif.

Observation N° 12 (22.020, série L).

B... Marcelle, 5 mois.

Œil droit : rétinoblastome, nerf optique normal.

Diagnostic : le 30 mars 1942.

Enucléation le 2 avril 1942. Suites normales.

3 février 1943 : l'œil gauche est pris à son tour : (grosse masse blanche inféro-nasale).

L'enfant est envoyée au Dr Bellot pour application de radium.

5 avril 1943 : la masse inféro-nasale semble diminuée.

L'enfant reçoit plusieurs applications et plusieurs fois on note la diminution de la masse tumorale et même l'amélioration fonctionnelle.

A partir du 13 septembre 1943 la tumeur ne paraît plus réagir et

et à partir du 1^{er} décembre 1943 commence à envahir tout le globe. Les applications sont continuées avec très peu de résultat. On note, en effet, le 2 janvier 1944 :

Œil gauche, malgré l'application on a l'impression que la tumeur a augmenté un peu de volume.

L'énucléation de l'œil gauche, proposée le 6 mars 1944 et plusieurs fois par la suite, est refusée par les parents.

10 mai 1944 : la tumeur remplit tout le globe. (On a cessé les applications depuis le mois de février.)

Finalement, l'énucléation est pratiquée le 19 décembre 1944.

Notons, encore, que l'enfant surveillée pendant 26 mois (depuis le début jusqu'au 19 déc. 1944) n'a pas présenté de récidive dans sa cavité droite.

Observation N° 13 (46.975, série L).

Le 20 février 1943, le petit Serge G..., âgé de 1 an 1/2, est amené à la consultation du Dr M. Kalt à la Clinique des Quinze-Vingts, parce qu'il est tombé sur un pied de table 3 mois auparavant, le 20 novembre 1942. On constate une hémorragie remplissant toute la chambre antérieure de l'œil gauche. Traitement : instillation de pilocarpine trois fois par jour.

6 mars 1943 : *œil gauche* : hyphéma (l'iris n'est visible que périphériquement à sa racine) ; T + 2, pilocarpine 3 fois par jour.

17 avril 1943 : *œil gauche* : infiltrat hématique disciforme de la cornée ; T + 2, pilocarpine 2 fois par jour.

8 juillet 1943 : distension du globe (O. G.), T + 2, pilocarpine trois fois par jour.

29 juillet 1943 : *œil gauche* : distension du globe, staphylome intercalaire interne, T. + 2 (S'agit-il d'un hématome interne ?) Comme en outre l'état général s'altère, l'enfant a des céphalées, est abattu et en plus ne semble plus voir, on décide l'éviscération.

4 août : *œil gauche* : *éviscération* sous-anesthésie chloroforme-éther. Curettage d'une masse noirâtre qui, malheureusement n'est pas envoyée au laboratoire d'histologie. Les suites opératoires sont bonnes. L'enfant ne présente, qu'une légère conjonctivite de l'œil gauche et un abcès ganglionnaire sous-maxillaire droit au début de novembre. L'abcès est ouvert chirurgicalement, issue de pus épais ; la plaie se ferme en trois jours.

27 novembre : *œil gauche* : distension de la coque sclérale (par un épanchement ?) survenue trois jours avant, léger chémosis, gonflement des paupières. Pas d'adénopathie.

30 novembre : *œil gauche* : ouverture sous-conjonctivale de la coque sclérale ; le produit de curettage est envoyé au laboratoire.

1^{er} décembre : *œil gauche* : énucléation sous-conjonctivale du moi-

gnon (pas de pus) ; la pièce est envoyée au laboratoire pour l'examen histologique. En voici le compte rendu (que nous ne connaissons que quelques semaines plus tard).

Gliome à petites cellules rondes. Pas de rosettes ; il s'agit donc d'une rétinoblastome.

15 janvier 1944 : l'enfant souffre le matin et ne mange plus.

A l'examen : *œil gauche* : « Exorbitis », masse orbitaire, pseudo-phlegmoneuse, faisant saillie sous les paupières, de consistance pseudo-fluctuante ; légère sécrétion. Pas de ganglions ; pas de température. Traitement : thiazomide.

18 janvier : pas de température (36 1/2, 37° le soir).

Exorbitis plus accusée, chémosis (phlegmon subaigu de l'orbite !) on décide l'exploration orbitaire, dont voici le compte rendu opératoire :

19 janvier 1944 : anesthésie : scurocaïne après Nargénol :

1° Orbitotomie externe sous-périostée, aspect grisâtre nécrotique de la graisse orbitaire. Pas de tumeur, pas de pus ;

2° Dissection d'une masse dure sous-conjonctivale postérieure, volume petit noyau. Envoyé au laboratoire dans du Bonin.

25 janvier : *œil gauche* : début de *suppuration*, chute du drain, fils (crins) de drainage restent en place (le pus examiné au laboratoire contient : nombreux polynucléaires, et amas de cocci en grappes ; une culture faite sur gélose inclinée confirme la présence de staphylocoque doré).

29 janvier : *œil gauche* : énorme gonflement d'exorbitis, chémosis. La plaie de l'orbitotomie externe ne suppure pas, mais bourgeonne à la périphérie.

Jusqu'ici le tableau clinique, pronostic et traitement étaient dominés par le traumatisme du début. Deux faits viendront maintenant s'ajouter pour changer complètement la conduite à tenir, d'une part, la réponse du laboratoire concernant la pièce envoyée le 1^{er} décembre 1943 (gliome à petites cellules rondes pas de rosettes) ; d'autre part, la constatation le :

8 février 1944 : *œil droit* : gliome de la rétine de la moitié nasale, faisant une saillie de + 10^D dans le corps vitré.

L'enfant est envoyé au Dr Dulac à l'Institut du Radium pour être soumis à un traitement par les rayons X.

17 février : l'enfant a reçu trois séances de « rayons X » 20' chacune.

Il ne peut plus se conduire ; à l'examen on note :

Œil droit : pupille réagit faiblement, Tn.

F.O.D. = masse nasale plus étendue vers la papille (un prolongement digitiforme horizontal, mobile dans le corps vitré. Papille en partie masquée par la masse blanchâtre. Dilatation veineuse.

Œil gauche : exorbitis plus accusée (volume gros abricot) ; peau rouge ; chémosis.

24 février 1944 : a reçu six séances de rayons X : une séance tous les deux jours, alternativement de face et de chaque côté ; durée de chaque séance sept minutes.

A l'examen, *œil droit* : la tumeur hémi-nasale atteint maintenant la papille ; gros corps flottants dans le corps vitré, flagelle horizontal mobile. *L'enfant ne voit plus.*

Œil gauche : diminution nette de l'exorbitis. Peau moins tendue ; la tumeur extériorisée a le volume d'une prune reine-claude (consistance plus ferme).

2 mars : a reçu huit séances de rayons X.

« Depuis le 26 février a recommencé à voir » ; ne souffre plus, mange bien.

A l'examen, *œil droit* : pupille réagit, Tn. F.O. : même aspect de gliome nasal, masquant partiellement la papille est entièrement la macula ; corps flottants volumineux dans le corps vitré. Pas d'œil de chat amaurotique. *Semble voir* dans le champ visuel nasal et supérieur.

Œil gauche : il n'y a plus d'exorbitis. Paupières érythémateuses (séance de R. X. il y a deux heures), légèrement œdématisées.

Palpation : une masse du volume d'un petit pois est perçue vers l'angle externe des paupières.

L'enfant est envoyé pour un examen général (recherche de métastases) au D^r Cathala.

9 mars : a reçu jusqu'à ce jour, O.D. : 2.400 r. par deux champs ; O.G. : 2.075 r. en 30 jours, en 11 séances.

La réponse du D^r Cathala nous assure qu'il n'y aucune altération viscérale.

A l'examen, *œil droit* pupille normale. F.O. = le corps flottant transversal du corps vitré paraît moins opaque, papille visible dans sa partie inférieure ; placard nasal paraît stationnaire. Tn.

Œil gauche : pas de tumeur palpable ; paupières non gonflées.

16 mars : a reçu 14 séances de rayons X.

Se conduit bien.

Œil droit : pupille réagit. Pas de reflet pupillaire à la lumière du jour ; la teinte blanche de la masse vitréenne apparaît en assez grande profondeur.

F.O. = le corps flottant du corps vitré est plus délié, moins compact. Papille, assez bien visible. La masse tumorale principale, nacrée, nasale inférieure persiste (les vaisseaux superficiels sont visibles avec 6° + 8°).

Œil gauche : pas de tumeur perceptible (conjonctivite cavitaire ; trichiasis 1/4 externe de la paupière supérieure).

23 mars, *œil droit* : on note une légère conjonctivite ; cornée normale (fluorescéine négative) ; F.O. = status. *L'enfant ramasse* normalement un objet.

A reçu, O.D. : antéro-postérieur 2.000 r., latéral 1.600 r.

O.G. : antéro-postérieur 2.000 r., latéral 1.275 r.

Nous sommes au 41^e jour du traitement, le Dr Dulac ajoute à ces renseignements précis, que le traitement durera encore une semaine environ.

30 mars : une nouvelle lettre du Dr Dulac annonce l'interruption du traitement aux R. X, car l'enfant est atteint d'une paralysie des 2 jambes (constatée le 26 mars), la station debout est impossible, mais peut rester assis et il peut alors étendre ses jambes sur les cuisses.

L'enfant est envoyé à la consultation du Dr Garcin (Hôtel-Dieu), qui, ayant constaté un syndrome radiculaire des membres inférieurs, demande son hospitalisation pour que l'enfant soit suivi et subisse éventuellement une radiothérapie vertébrale.

24 mai : on apprend la mort de l'enfant — au milieu d'une souffrance atroce — d'une broncho-pneumonie (paraplégie persistante) à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Observation N° 14 (90.942, série L)

Le petit Guy G..., 6 mois 1/2 (frère de Serge, objet de l'observation N° 13), est amené à la consultation du Dr M. Malt le 25 janvier 1945, car sa mère a remarqué la veille un reflet blanchâtre dans son *œil gauche*.

A l'examen : nystagmus des deux yeux.

O. D. : cornée, pupille < *œil gauche*; pupille réagit facilement.

F. O. : masse rosée volumineuse, visible à l'éclairage oblique dans les plans profonds du corps vitré.

Transillumination : s'éclaire bien dans tous les méridiens.

O. G. : pupille 1/2 dilatée, chambre antérieure effacée; T. + 1. Derrière le cristallin : masse rosée, vascularisée, refoulant le cristallin; exophtalmie.

7 février 1945 : on pratique *l'énucléation de l'œil gauche*, 6 mm. de nerf optique prélevé paraît non envahi, la pièce est envoyée au laboratoire. Réponse : rétinocytome, quelques îlots cellulaires dans l'épaisseur de la sclérotique.

Suites opératoires normales.

15 février : l'enfant est envoyé au Dr Dulac à l'Institut Curie pour subir la radiothérapie.

10 mars : l'enfant vient consulter de nouveau, accompagné d'une lettre du Dr Dulac qui nous apprend « qu'au vingtième jour de son traitement, *il a reçu sur chaque orbite 1.250 r.*, le traitement durera encore trois semaines approximativement ».

A l'examen, O. D. : la pupille réagit très faiblement à la lumière — Tn — ; F. O. montre une masse grise verdâtre (+ 6 + 8), encerclant

et masquant la pupille, parsemée de points blancs nacrés (îlots de cellules ?)

Décollement + 15 + 20.

O. G. : cavité normale.

17 avril 1945 : l'enfant a reçu (d'après la lettre du Dr Dulac) : 28 séances en sept semaines. Doses : 3.700 r. en 1 h. 25.

A l'examen : O. D. : pupille réagit ; Tn.

F. O. : même aspect ; mêmes repères que le 10 mars : poche temporale + 6 + 10 avec îlots nacrés, pupilles masquée + 4.

F. O. : vaisseaux rétiniens inférieurs visibles.

Décollement rétinien + 10 + 15.

Observation N° 15.

Néoplasme rétinien propagé à l'orbite. Adénopathie préauriculaire.

(Communication faite par le Dr M. KALT
à la Société d'Ophtalmologie de Paris le 21 mai 1932).

*Rétinoblastome O. G. Cellules blastomateuses
dans le ganglion préauriculaire.*

L'enfant G..., âgée de 2 ans 1/2 est amenée le 2 juin 1931 à la consultation des Quinze-Vingts (Service du Dr Chaillous) pour une tumeur de l'œil gauche, dont le début est difficile à préciser. Vers l'âge de six mois, les parents auraient remarqué un nystagmus et une « taie » qui aurait disparu spontanément, mais peu à peu, le globe aurait augmenté de volume.

Depuis six semaines, l'exophtalmie aurait progressé davantage et il est apparu une volumineuse *tuméfaction préauriculaire gauche*.

A l'examen : globe volumineux et bosselé, refoulé en avant, en bas et en dehors par une tumeur apparemment grosse comme une noisette, de consistance ferme, saillante dans l'angle supéro-interne de l'orbite et recouverte par la conjonctive hyperémiée.

Chambre antérieure à demi remplie par une masse blanc-rosé, semée de petites taches hémorragiques et à limite supérieure jaunâtre.

Enfin, adénopathie préauriculaire gauche : masse du volume d'une noix, indolore, bien délimitée et mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents.

Devant l'hypothèse d'une tuberculose oculaire (autorisée par la coexistence de cette adénite avec un pseudo-hypopion), l'enfant est soumise à un examen général qui ne révèle aucune lésion ; une réaction à la tuberculine reste négative, fait de grosse valeur, étant donné son jeune âge.

5 juin 1931 : exentération de l'orbite. Le globe est coiffé en arrière et

en dedans par une masse blanc-rosé, bosselée, peu adhérente aux tissus orbitaires et dont l'épaisseur atteint 10 mm. Elle fait corps avec le pôle postérieur du globe, s'avance presque jusqu'au niveau du limbe et s'étend en arrière autour du nerf optique.

L'extirpation du ganglion préauriculaire le montre par endroits ramolli et suppuré, par endroits caséux, comme un ganglion tuberculeux.

Suites opératoires simples, mais, deux mois après, volumineuse récurrence orbitaire et préauriculaire. L'enfant mourut chez ses parents ; nous n'avons pu obtenir de précisions sur les accidents terminaux.

CONCLUSIONS

Quelles réponses pouvons-nous donner aux questions soulevées dans l'introduction ?

1^o La fréquence des différents types histologiques ? sur les 14 cas histologiquement contrôlés, nous avons trouvé :

neuf rétinocytomes,
cinq rétinoblastomes ;

2^o Leur malignité respective ? (récidive locale, métastase...). Nous avouons rester très hésitant.

Car, si nous avons vu, des rétinocytomes, après énucléation, sans aucun traitement ultérieur, ne donner aucune récidive locale, ni métastases, après un intervalle plus ou moins long (obs. n° 4 : après 6 ans ; n° 1 après 25 mois ; n° 2 : après 14 mois), nous en avons vu (un seul cas, il est vrai ; obs. n° 3) où le porteur d'un rétinocytome est mort 15 mois après le diagnostic et l'énucléation et cela malgré la radiumthérapie (il y avait récidive locale, l'existence de métastases ne pouvait être vérifiée, ayant perdu l'enfant de vue). Dans un autre cas (obs. n° 14) le rétinocytome a présenté une nette tendance à franchir la coque sclérale et une sensibilité nulle vis-à-vis les rayons X.

D'autre part, parmi les cinq cas de rétinoblastomes, que nous avons cités, l'un (obs. n° 10) 30 mois après l'énucléation n'a présenté ni récidive locale, ni métastases, un autre (obs. n° 12) 26 mois après l'énucléation du premier œil n'a non plus présenté ni récidive locale, ni métastases. Par contre, dans les trois autres cas de rétinoblastomes (obs. nos 11, 13 et 15) la mort est survenue par métastases. Nous retiendrons certaines particularités dans ces trois cas. Dans l'un (obs. n° 11) après une récidive orbitaire, suivie d'exentération de l'orbite et

de radiumthérapie, la mort est survenue sans une deuxième récédive ; dans l'autre (obs. n° 13) la mort est survenue sans récédive orbitaire du premier œil et après réaction favorable du second œil aux traitements par les rayons X (l'enfant ramassait des objets) ; dans le troisième cas enfin fait à retenir : il y avait une propagation précoce par voie lymphatique (adéno-pathie préauriculaire).

Mais prenant en considération que le seul cas (obs. n° 6) où les rayons X ont donné une guérison totale (vérifiée après 4 ans), incontestable était un rétinocytome (dans le cas n° 7, l'observation, étant trop récente, ne laisse pas assez de recul pour juger de la permanence de la guérison) et que le pronostic vital aussi paraît meilleur dans le cas des rétinocytomes (sur neuf rétinocytomes 1 mort ; sur cinq rétinoblastomes 3 morts), nous sommes enclin à considérer les rétinocytomes moins malins que les rétinoblastomes.

Quant à la troisième question : le comportement de ces tumeurs vis-à-vis des différents traitements proposés aujourd'hui ? Après l'échec de la radiumthérapie dans les quelques cas cités (obs. n° 3 et n° 12) et après les exemples encourageants des observations n° 7 et n° 13 et surtout de l'observation n° 6, nous acceptons volontiers la conclusion — surtout quant à la conduite à tenir — de MM. les Drs Begué, Le Goff et A. Lehmann. D'après ces auteurs *l'énucléation* reste encore dans beaucoup de cas de gliomes rétiniens la seule thérapeutique efficace.

Elle doit rester :

celle des gliomes unilatéraux, quand la tumeur remplit une grande partie du globe.

celle de l'œil le plus atteint, s'il s'agit de gliomes bilatéraux, celle du second œil, si ce second œil ne conserve aucune chance de visibilité.

Pour l'instant les rayons ne doivent être appliqués :

qu'aux gliomes unilatéraux au début (masse d'un volume de 3 à 4 papilles),

qu'à l'œil le moins atteint des gliomes bilatéraux, à condition qu'une certaine acuité visuelle soit espérable.

« En somme, c'est surtout à un certain stade évolutif de ces tumeurs, que nous pouvons escompter le succès de cette thérapeutique. Mais à mesure que nous aurons mis au point les premiers essais, nous devons pouvoir étendre petit à petit ces indications premières ».

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

Vu : le Président de la thèse

H. VELTER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCUNCE (Bilbao). — Note sur la cellule des gliomes de la rétine, in *Bulletin et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie*, 1924.
- BEGUÉ, LE GOFF et LEHMANN (A). — Un cas de gliome de la rétine. Traité et guéri par les rayons X Comm. faite à la Soc. d'Opht. de Paris, le 19 juin 1943.
- DEJEAN (CH.) (Montpellier). — Le vrai gliome de la rétine in *Archives d'Ophtalmologie*, mai 1934.
- JEANDELIZE (P). et CORNIL (L., Nancy). — Considérations anatomiques sur les tumeurs neuro-épithéliales de la rétine, in. *Bulletin et Mémoires de la Soc. française d'Opht.*, 1924.
- KALT (Marcel). — Néoplasme rétinien propagé à l'orbite. Adénopathie préauriculaire, in Soc. d'Opht. de Paris, 1932.
- MAWAS (J.). — *Traité d'Ophtalmologie*, t. V.
- MAWAS (J.). — Les cancers de la rétine Optique, in *Bulletin et Mémoires de la Soc. française d'Opht.*, 1924.
- TEULIÈRES (M). — Sur deux cas de gliome de la rétine, in *Archives d'Opht.*, 1928.
-

158. — Imprimerie Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris (N^o 31.0939). — 2-46
